



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – Cummins Construction Company
Todos los empleados de tiempo completo

Control N.º 19865

Información general del empleado		Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (sólo para uso administrativo) / /		
Apellido	Nombre	IM	Correo electrónico	Número de teléfono
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Sus ingresos anuales \$ _____	Número del Seguro Social - -	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) / /	Fecha de empleo (Mes/Día/Año) / /	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Fecha de nacimiento del cónyuge (Mes/Día/Año) / /		
Seguro de vida temporal básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)				
Su empleador le ofrece las coberturas de seguro de vida temporal básico y AD&D sin costo para usted. Se le inscribirá en este plan en forma automática.				
Seguro de vida temporal básico de dependientes				
Su empleador le ofrece la cobertura de seguro de vida temporal básico de dependientes sin costo para usted. Se le inscribirá en este plan en forma automática.				
Vida temporal opcional				
<input type="checkbox"/> Monto de cobertura elegido: \$ _____ <input type="checkbox"/> No se eligió cobertura				
Seguro de vida temporal opcional de dependientes				
Usted debe estar inscrito en el seguro de vida temporal opcional para poder elegir cobertura para sus dependientes. La cobertura del cónyuge no puede exceder el 100 % del monto de cobertura de su seguro de vida temporal opcional. La cobertura de sus hijos no puede exceder el 100% del monto de cobertura de su seguro de vida temporal opcional.				
Cónyuge <input type="checkbox"/> No se eligió cobertura		Hijos <input type="checkbox"/> No se eligió cobertura		
<input type="checkbox"/> Monto de cobertura elegido: \$ _____		<input type="checkbox"/> Monto de cobertura elegido: \$ _____		
Seguro opcional por muerte accidental y desmembramiento (OAD&D)				
Empleado: la inscripción en la cobertura AD&D opcional para el empleado es automática cuando elige el seguro de vida temporal opcional.				
Cónyuge: la inscripción en la cobertura AD&D opcional de dependientes es automática cuando elige la cobertura del seguro de vida temporal opcional de dependientes.				
Hijos: la inscripción en la cobertura AD&D opcional de dependientes es automática cuando elige la cobertura del seguro de vida temporal opcional de dependientes.				

Indique sus designaciones de beneficiarios en la próxima página. Si tiene alguna duda, comuníquese con Recursos Humanos para obtener información.

La opción de adelanto de los beneficios por muerte es una característica disponible para los participantes del seguro de vida grupal. No es un beneficio de salud, centro de convalecencia ni de atención a largo plazo y no está destinado a eliminar la necesidad de esos tipos de cobertura de seguro. El beneficio por muerte se reduce por el monto equivalente al beneficio de adelanto por muerte ya pagado. El adelanto de los beneficios no tiene cargos administrativos. La recepción adelantada de los beneficios por muerte puede afectar la elegibilidad para la asistencia pública y puede estar sujeta a impuestos. El tratamiento del impuesto federal a la renta sobre los pagos realizados bajo esta cláusula depende de si el asegurado es el receptor del beneficio y si se lo considera enfermo terminal o enfermo crónico. Le recomendamos que busque consejo impositivo profesional antes de ejercer esta opción.

NOTIFICACIÓN AL CONSUMIDOR: ESTE ES UN COMPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO UN SUSTITUTO DE UNA COBERTURA MÉDICA MAYOR. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA MAYOR (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PUEDE DAR COMO RESULTADO UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA PÓLIZA NO PUEDEN COORDINARSE CON LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR OTRA COBERTURA. REVISE CUIDADOSAMENTE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA PÓLIZA PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE LA COBERTURA.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – Cummins Construction Company
Todos los empleados de tiempo completo

Control N.º 19865

Información general del empleado			
Apellido	Nombre	IM	Últimos 4 dígitos N.º Seguro Social XXX-XX-_____
Incapacidad a corto plazo (STD)			
Su empleador le ofrece la cobertura por incapacidad a corto plazo sin costo para usted. Se le inscribirá en este plan en forma automática.			
Aceptación o renuncia a la cobertura			
<input type="checkbox"/> Me inscribo para obtener cobertura y autorizo a mi empleador a descontar de mis ingresos hasta nuevo aviso las contribuciones para el seguro conforme a un contrato emitido por The Prudential Insurance Company of America. Entiendo que si en el futuro quisiera incrementar el monto de cobertura de mi seguro o agregar cobertura para dependientes se me puede solicitar que presente evidencia de asegurabilidad para mí mismo y/o mis dependientes. Declaro que, a mi mejor saber y entender, la información citada anteriormente es verdadera y entiendo que constituye la base para determinar la contribución de la cobertura. También entiendo que, para que la cobertura entre en vigencia, debo estar en actividad laboral durante el período de inscripción y en la fecha de entrada en vigencia del plan. Si solicito un monto que requiera la presentación de evidencia de asegurabilidad satisfactoria para The Prudential Insurance Company of America, debo estar en actividad laboral el día de la aprobación del monto que requiere evidencia de asegurabilidad satisfactoria.			
<input type="checkbox"/> No deseo inscribirme en ninguna de las coberturas opcionales anteriores. Certifico que mi empleador, nombrado anteriormente, me ha dado la oportunidad de inscribirme para obtener cobertura. Entiendo que si en el futuro quisiera inscribirme, se me puede solicitar que presente evidencia de asegurabilidad satisfactoria para The Prudential Insurance Company of America para mí mismo y/o mis dependientes.			
RESIDENTES DE FLORIDA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.			
RESIDENTES DE NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo. Este aviso SOLO corresponde a la cobertura por accidentes e incapacidad.			
He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias sobre fraude incluidas como parte de este formulario.			
Firma del empleado _____		Fecha de la firma (Mes/Día/Año) _____	
Aceptación de la cobertura			
SOLO PARA ASEGURADOS QUE RESIDEN DE MICHIGAN O MINNESOTA: Si desea inscribir a su cónyuge y/o hijo elegible de 18 años o más en la cobertura del seguro de vida de dependientes y/o por muerte accidental y desmembramiento, su cónyuge y/o cada uno de sus hijos elegibles de 18 años o más debe consentir dicha cobertura firmando y fechando este consentimiento en los espacios correspondientes que aparecen más abajo. La cobertura de su cónyuge e hijos elegibles de 18 años o más no entrará en vigencia a menos y hasta que se proporcione el consentimiento requerido.			
Firma del cónyuge _____		Fecha de la firma (Mes/Día/Año) _____	
Firma del hijo _____		Fecha de la firma (Mes/Día/Año) _____	
Firma del hijo _____		Fecha de la firma (Mes/Día/Año) _____	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – Cummins Construction Company
Todos los empleados de tiempo completo

Control N.º 19865

Información general del empleado			
Apellido	Nombre	IM	Últimos 4 dígitos N.º Seguro Social XXX-XX- _____
Notificaciones importantes			
<p>Para los residentes de todos los estados, excepto Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington; ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.</p> <p>RESIDENTES DE ALABAMA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas o encarcelamiento o una combinación de la dos.</p> <p>RESIDENTES DE ARKANSAS, DEL DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA y RHODE ISLAND: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.</p> <p>RESIDENTES DE KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito.</p> <p>RESIDENTES DE MAINE Y WASHINGTON: Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla comete un delito. Las penas incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro.</p> <p>RESIDENTES DE MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.</p> <p>RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluye información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.</p> <p>RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE: Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros o a un reclamante del seguro, sabe que la declaración que presenta contiene información falsa sobre un hecho o asunto que tenga relación material con la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H.</p> <p>RESIDENTES DE PENNSILVANIA y UTAH: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.</p> <p>RESIDENTES DE PUERTO RICO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta de pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, además del encarcelamiento, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000) o con un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiera circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años y, si hubiera circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.</p> <p>RESIDENTES DE VERMONT: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, haga una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal bajo las leyes del estado.</p> <p>RESIDENTES DE VIRGINIA: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa a una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.</p>			

Las coberturas de seguro de vida temporal básico, seguro por muerte accidental y desmembramiento, seguro de vida temporal opcional, seguro de vida temporal de dependientes y seguro por incapacidad a largo y corto plazo son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Reclamaciones de seguro de vida: 1-800-524-0542 y apoyo por incapacidad: 1-800-842-1718. El cuadernillo-certificado contiene todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza que correspondan. Si hay alguna discrepancia entre este documento y el cuadernillo-certificado/contrato grupal emitido por Prudential, regirán los términos del contrato grupal. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. California COA N.º 1179, NAIC N.º 68241. Serie contractual: 83500.

© 2017 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.